

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

283

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Elia SCHARJOWICZ

Né le 26 mars 1903 à Grajewo (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE

DU CANCER DE L'UTÉRUS

(Hémorragie traumatique)

Président : M. J. L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Elia SCHARJOWICZ

Né le 26 mars 1903 à Grajewo (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE
DU CANCER DE L'UTÉRUS

(Hémorragie traumatique)

Président : M. J. L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

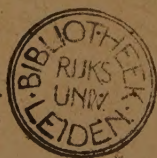
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1928

1. — PROFESSEURS

MM.

Hydrologie, thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	PATHERY.
Clinique médicale	} CARNOT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL. MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	} NOBECOURT. H. CLAUDE. JEANSELME. GUILLAIN. TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	} DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	} COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN. J.-L. FAURE. OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique proné dentique	} SEBILEAU DUVAL. SERGENT.
Professeur sans chaire	
Clinique de la tuberculose	BRANCA L. BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ARRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtre
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCCO	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	} Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	} Pathologie chirurgicale.
MOURE	
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (P.)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
NIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

M

RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.	} Clinique chirurgicale.	LERI	} Clinique médicale.
AUVRAY		GOUGEROT.	
CHEVASSU		MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

En reconnaissance des sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MA SŒUR IDA

In memoriam.

A MES FRÈRES

A MA SŒUR GÉNIA

Témoignage de profonde affection.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. L. FAURE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL BROCA.
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire
le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
Hommage de profonde re-
connaissance.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

CHEF DE TRAVAUX GYNÉCOLOGIQUES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

*Qui fut pour nous l'inspira-
teur de cette thèse et qui nous a
guidé dans notre travail jus-
qu'à la dernière minute.*

*Nous exprimons ici notre pro-
fonde gratitude.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

Monsieur le PROFESSEUR MERKLEN.

Monsieur le PROFESSEUR R. LERICHE.

Monsieur le PROFESSEUR LÉON BLUM.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRÆLICH
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MON JURY DE THÈSE

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. le Pr J. L. Faure, un grand nombre de cancers de l'utérus, nous avons constaté souvent dans leurs antécédents l'existence d'une hémorragie traumatique utérine après le coït, après un toucher vaginal, secousses d'auto, etc. Aussi avons-nous pensé qu'il y aurait intérêt à réunir ces observations pour faire une étude sur le diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

L'histoire de la médecine nous donne des preuves irréfutables que les tumeurs malignes de l'utérus sont un des terribles fléaux pour les femmes. Quoique de grands progrès aient été réalisés dans le traitement du cancer de l'utérus, nous sommes trop souvent désarmés contre ce cancer lorsqu'il est déjà en pleine évolution. C'est pourquoi le but de notre modeste travail est de montrer combien il est important de dépister le cancer de l'utérus dès son début et d'en faire un diagnostic précoce. Un des premiers symptômes du cancer de l'utérus sur lequel nous voulons attirer l'attention, c'est l'hé-

morragie traumatique qui apparaît après un coït ou après un traumatisme quelconque porté sur l'utérus. Ce symptôme que nous appellerons avec le *Dr Douay* le signe d'alarme du cancer de l'utérus, doit attirer notre attention, nous inviter à faire un examen minutieux et au besoin une biopsie pour confirmer le diagnostic. Et ainsi on pourra arriver sûrement et rapidement à arracher à la mort certaine un nombre considérable de femmes.

Le cancer de l'utérus est une maladie curable, lorsqu'il est traité de bonne heure, de la précocité du diagnostic exact dépend l'avenir de la malade. Et si l'on veut lutter contre le cancer utérin il faut soumettre la malade qui présente une hémorragie traumatique utérine à un examen attentif et dans les cas douteux faire une biopsie pour que le diagnostic soit fait précocement.

Le médecin doit avoir bien à l'esprit qu'une hémorragie entre les règles, causée par un traumatisme, doit faire soupçonner un cancer.

Encore est-il nécessaire que la malade vienne de bonne heure consulter. Pour cela il faut faire l'éducation du public et attirer l'attention des femmes sur l'hémorragie qu'elles voient apparaître entre les époques ou après la ménopause, car l'incurabilité du cancer de l'utérus résulte le plus souvent de l'ignorance des femmes qui négligent une légère hémorragie, parce que cette hémorragie ne les fait pas souffrir. Il faut dire et répéter partout que tout suintement anormal de sang ou de liquide rosé rend nécessaire l'examen du médecin,

que la femme doit se soumettre à un examen gynécologique complet. Cet examen attentif sera suivi d'une biopsie dans les cas douteux, ce qui permettra de faire un diagnostic précoce, un traitement précoce et donnera à la malade des chances de guérison.

FRÉQUENCE DU CANCER DE L'UTERUS

Il est admis que le cancer utérin est le plus fréquent de tous les cancers. La statistique de Simpson est sur ce point tout à fait démonstrative. Publiée dans *Annual reports of the registrar general for England*, elle porte sur vingt années. Il y est mis en évidence que les femmes sont plus sujettes au cancer que les hommes et que, de tous les organes de la femme, c'est l'utérus qui est le plus souvent atteint. L'âge le plus probable pour le développement du cancer du col est de 30 à 45 ans, pour le cancer du corps un peu plus tardif.

On a coutume de comparer le nombre des cancers du corps et celui du cancer du col. La connaissance de ce dernier n'est donc pas ici hors de propos. Nous trouvons dans le *Traité de Gynécologie* de Pozzi une statistique susceptible de donner à ce sujet une vue d'ensemble. Il déclare n'avoir observé à l'hôpital Brocca, en 11 ans de pratique chirurgicale, que 6 cancers du corps contre 204 du col, soit environ 3 %.

Si nous recherchons maintenant le pourcentage des cancers du corps par rapport à ceux du col, nous allons trouver des avis excessivement partagés.

Gasserow, dans sa statistique générale en note déjà 122 et c'est fort peu vu le nombre considérable de tumeurs utérines qu'il a réunies.

Puis les cas arrivent à être suffisamment nombreux pour qu'on vienne à établir les statistiques comparatives avec les cas de néoplasme du col. Schröder dans sont traité, pour sa part, note 28 pour 422, ce qui est déjà bien plus considérable, soit environ 7 %.

Jessou, dans sa thèse (Paris 1903) sur le cancer du corps utérin, démontre comment d'année en année, à mesure que la question est mieux connue les faits se présentent fréquents :

En 1897, Hofmeier de Würzburg donne 14 %.

En 1898, Landau de Berlin donne 18 %.

En 1900, Dimitri de St-Pétersbourg donne 24 %.

De 1897-1902, Ferrier donne 21, 42 %.

En 1918, Zweifel de Leipzig trouve seulement 10 %.

En 1926, Ludwig Ballin de Berlin donne une statistique qui porte sur 407 cas. Il trouve 407 ou 81, 9 % cancers du col; 90 ou 18,1 % cancers du corps.

En 1926, Kaufmann de Berlin, dans sa statistique montre en général qu'après la guerre la fréquence du cancer de l'utérus est devenue plus grande :

Pour le cancer du col :

Avant la guerre	258 cas
Pendant la guerre	725 cas
Après la guerre	530 cas
Somme	1.513 cas

Pour les cancers du corps :

Avant la guerre	13 cas
Pendant la guerre	68 cas
Après la guerre	88 cas
Somme	169 cas

D'après cette statistique de Kaufmann, la fréquence du cancer du corps correspond à peu près à 11 % des cancers du col. On considère comme importante cette caractéristique.

Nous pourrions citer d'autres statistiques, elles ne nous éclaireraient pas davantage.

Il faut donc reconnaître que la fréquence du cancer du corps est encore actuellement mal déterminée. En tout cas il est un point sur lequel les avis sont unanimes : le nombre des cancers augmente considérablement avec l'âge des femmes et que cette affection apparaît surtout après la ménopause.

Deux choses seulement nous semblent devoir être retenues : la première c'est qu'on tend de plus en plus à reconnaître une fréquence plus grande au cancer intra-utérin ; la seconde c'est la prédilection de ce genre de tumeur à apparaître après la ménopause et à un certain âge avancé de la femme.

FRÉQUENCE DE L'HÉMORRAGIE TRAUMATIQUE DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

Nous essayons de mettre en évidence la considérable fréquence de l'hémorragie traumatique. Disons tout de suite qu'elle peut être évaluée à environ 55-65 % des cas de cancer de l'utérus.

Le premier fait qui frappe à la lecture de nos observations c'est la précocité de ce signe. L'hémorragie est un signe précoce du cancer de l'utérus. Tous les auteurs qui se sont attachés à l'étude du diagnostic précoce du cancer de l'utérus signalent l'hémorragie traumatique. A cette époque il n'y a aucun autre signe ni douleur, ni perte malodorante, ni dépérissement; les règles ne sont pas modifiées d'une façon suffisante pour attirer l'attention de la malade.

Dans ces cas, le premier signe a été l'hémorragie traumatique. C'est un écoulement de sang peu abondant et passager, presque toujours consécutif à une fatigue, un effort, une course en voiture ou un traumatisme local même léger comme peuvent en produire les rapports sexuels, le choc d'une canule à injections, l'introduction d'un spéculum, une exploration digitale. Ces hémorra-

gies durent peu, se reproduisent sans périodicité régulière, mais généralement avec la même cause. Parmi les causes capables de la produire, les rapports sexuels sont de beaucoup les plus importants.

Young et Williams dans leur statistique sur 227 cancers ont observé comme premier symptôme :

129 fois des pertes de sang en dehors des règles, soit 57,5 % des cas.

59 fois des pertes blanches ou un écoulement vaginal, soit 26 % des cas.

14 fois augmentation des règles soit 7 % des cas.

Waldstein, sur 219 cas, a observé :

120 fois des pertes de sang en dehors des règles, soit 54,8 % des cas.

75 fois des pertes blanches, soit 34 % des cas.

16 fois une augmentation des règles.

Zweifel donne un pourcentage de 65-70 % pour les pertes de sang en dehors des règles.

Schweitzer admet presque la même proportion.

D'après la statistique que nous avons faite à l'hôpital Brocca, l'hémorragie traumatique a été observée comme symptôme initial dans 55 % des cas du cancer de l'utérus. Sur 50 cas nous avons trouvé 27 fois l'hémorragie traumatique, seul symptôme du début.

Si donc l'on admet avec tous les auteurs que l'hémorragie est un des symptômes initiaux du cancer du col de l'utérus, on conçoit que l'hémorragie traumatique est un signe encore plus précoce. La petite ulcération débutante, la végétation néoplasique à peine perceptible

qui ne peuvent donner encore que des pertes rosées, insignifiantes, produiront, si elles sont traumatisées, en raison de leur friabilité excessive, une hémorragie traumatique caractéristique.

De la précocité du symptôme se déduit la thérapeutique appliquée à ces cas; tous ont été jugés opérables et ont été opérés dans d'excellentes conditions comme le prouvent nos observations.

Dans le but d'essayer de fixer une proportion aussi proche que possible de la vérité nous avons réuni la majorité des statistiques.

Rey dans sa thèse a conclu à 65 % des cas. En parcourant les chiffres et surtout le pourcentage des statistiques particulières que nous avons relevées, nous avons été frappé par la presque même valeur de ce pourcentage.

Qu'il nous suffise de dire ici que c'est seulement dans ces dernières années, depuis la guerre, que la plupart des gynécologues attachent à ce signe l'importance qu'il mérite.

Le chiffre de 55-60 %, moyenne des statistiques, ne nous semble donc pas exagéré, c'est celui que nous proposons d'admettre et même ce chiffre est peut-être encore au-dessous de la réalité. nous croyons que le chiffre s'élève d'autant plus que les gynécologues plus prévenus rechercheront avec plus de soin ce symptôme initial.

Quoi qu'il en soit du pourcentage absolument exact, un fait nous semble se dégager avec évidence de cette étude: que l'hémorragie traumatique peut être considérée comme le signe d'alarme du cancer de l'utérus.

Nous avons trouvé l'hémorragie traumatique 17 fois dans le cancer du col ; 3 fois dans le cancer intracervical et 6 fois dans le cancer du corps. Ce fait est logique étant donné le mécanisme de l'hémorragie traumatique : on comprend aisément que le néoplasme endocervical et que le cancer du corps de l'utérus restent plus facilement à l'abri des traumatismes vaginaux.

DÉFINITION ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il nous semble tout d'abord nécessaire de définir ce que nous entendons par diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

Il faut distinguer ici deux cas :

Dans le premier cas l'examen macroscopique ne révèle rien d'anormal et le rôle décisif appartient au microscope.

Dans le deuxième cas l'examen clinique fait reconnaître déjà des formations néoplasiques qui restent bien localisées et qui n'ont pas fait encore de propagation et d'adhérence avec les organes voisins.

Dans ces deux cas c'est l'hémorragie traumatique qui est le premier précurseur, le premier signe du cancer. Cette hémorragie résulte de l'action dilacérante locale du traumatisme sur le tissu néoplasique, dont une des caractéristique est l'extrême friabilité.

Il ne faut pas oublier qu'on peut observer parfois l'hémorragie traumatique en dehors du cancer.

Certaines lésions inflammatoires banales du col peuvent saigner à l'occasion d'un traumatisme. Mais c'est exceptionnel.

Beaucoup d'auteurs ont insisté sur le rôle des traumatismes (fatigue, coït) dans la provocation des hémorragies dans la *métrite cervicale*. Mais ici le spéculum fait voir un col rouge vif, turgescant, laissant sourdre de l'orifice cervical un bouchon muco-purulent jaune et sanguinolent.

L'hémorragie du *fibrome* est une hémorragie menstruelle, abondante, de sang pur avec caillots. Les traumatismes peuvent parfois exagérer son abondance, néanmoins l'hémorragie garde son caractère de ménorragie et non de métrorragie provoquée. *L'adénome du col*, lorsqu'il est végétant et ulcéré, présente souvent de grandes difficultés de diagnostic qui ne sont éclaircies que par la biopsie. Dans le cas d'adénome saignant, il faut toujours suspecter la dégénérescence et la biopsie est indispensable. L'adénome pur est ordinairement moins friable que le cancer, il ne saigne pas au toucher et ne provoque pas d'hémorragies traumatiques.

Il faut toujours avoir à l'esprit que les métrorragies après la ménopause, surtout lorsqu'elles sont provoquées par un traumatisme général ou local sont sous la dépendance d'une tumeur saignante endo-utérine, qui dans l'immense majorité des cas est un cancer cylindrique du corps utérin.

Le mode de ces métrorragies est assez variable. Tantôt il s'agit d'une hémorragie unique, brusque, survenant sans douleur et ne se reproduisant pas; tantôt les métrorragies se répètent, continues, tantôt discontinues. Parfois elles affectent une certaine pério-

dicité et revenant pendant quelques jours chaque mois, elles en imposent pour un retour de règles. L'abondance des hémorragies est le plus souvent minime.

Dans la métrite sénile, il peut y avoir dans la cavité utérine des petits polypes et bourgeons charnus capables de donner lieu à de petites hémorragies. Mais c'est un fait exceptionnel, qui a peu de tendance à se renouveler; il faut savoir que la métrite sénile donne beaucoup de pus et très peu de sang. à l'inverse du cancer qui donne du sang et très peu de pus.

Après la ménopause, le fibrome normal ne doit pas saigner, le fibrome qui saigne est un fibrome compliqué ou dégénéré. Aussi dans le cas d'hémorragie traumatique d'un fibrome après la ménopause, il faut le considérer comme très suspect et le traiter en conséquence par l'exérèse chirurgicale.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

A) Cancer du col.

Au point de vue anatomo-clinique on distingue par leur origine et leur type histologique deux variétés :

1° Epithélioma de la portion vaginale et du type pavimenteux.

2° Epithélioma du canal cervical est du type cylindrique.

L'époque de la plus grande fréquence de cette affection s'étend entre 30 et 50 ans. Mais on a vu souvent le cancer du col chez les plus jeunes femmes de 22 à 30 ans.

Au début le cancer du col demeure de longs mois ignoré de la femme. Le premier symptôme n'attire pas son attention et ne provoque pas d'inquiétudes. Ce sont les pertes de sang en dehors des règles qui surviennent à l'occasion des traumatismes locaux même légers et apparaissent après un rapprochement sexuel, après une injection vaginale, après les secousses d'un voyage, après un effort violent pour soulever un poids lourd, etc. Quelquefois les règles sont plus abondantes, plus prolongées et les métrorragie et ménorragie se confondent, s'enchevêtrent et ces saignements ont peu d'importance aux yeux de la plupart des femmes, elles accusent le traumatisme, et c'est tout.

Mais en gynécologie ce caractère traumatique ou provoqué de ces métrorragies a une grande valeur et mérite toujours d'attirer l'attention. La perte se limite parfois à quelques gouttes de sang, mais elle peut donner lieu à un véritable jet de sang. Cet écoulement sanguin est presque toujours modéré et il n'attire l'attention que par sa persistance, sa continuité ou par sa fréquente répétition. La proportion d'hémorragies traumatiques dans le cancer du col est très considérable et de bonne heure déjà on peut observer des pertes sanguines ou sanieuses.

En interrogeant la femme on apprend que les dernières époques ont été plus abondantes, plus prolongées que celles de l'année précédente et qu'en dehors des règles elle a observé quelques pertes rouges peu abondantes, fugaces, durant un jour ou deux, qui sont survenues à la suite d'un coït et qui se sont répétées même au moindre effort.

Mais souvent, chez la femme qui a déjà dépassé la ménopause, une petite perte survient, puis une autre plus abondantes, mais elle ne s'inquiète pas, car elle croit que c'est un retour des règles.

Il ne faut jamais perdre de vue que la période initiale du cancer n'occasionne donc que des hémorragies insignifiantes et qu'elles surviennent pendant la période d'activité génitale ou après la ménopause. Ces hémorragies précoces ne sont pas fournies par une surface ulcérée, mais elles sont dues simplement à la fluxion provoquée par la présence du néoplasme, jouant le

rôle d'épine irritative. Cet écoulement reste presque toujours modéré, il ne s'accompagne pas de douleurs et le retentissement sur l'état général est nul.

Bientôt les pertes se rapprochent : elles augmentent de durée, elles se reproduisent après sans cause nettement appréciable. Tout d'abord, l'examen local ne fournit aucun indice si ce n'est que le contact du doigt sur le col, la pression exercée par la main abdominale sur le corps utérin, surtout si l'on cherche à le fléchir en avant ou en arrière, provoquent quelquefois un nouvel afflux de sang. Lorsque ces examens sont négatifs, ils doivent être renouvelés à huit ou dix jours d'intervalle, car les lésions se développent plus vite qu'on ne le pense, et il importe de ne pas laisser échapper les premières modifications qui sont de nature à confirmer les craintes inspirées par les pertes traumatiques. Peu après la première apparition du sang, surtout chez une femme jeune, on commence à constater au niveau du museau de tanche quelques indices peu accentués d'abord, mais qui n'échappent pas à un doigt exercé : les tissus perdent leur souplesse, l'une des lèvres du col devient rigide; elle paraît plus grosse, plus dure que l'autre. A la surface du col on peut rencontrer de petites saillies, mais on les confond avec les œufs de Naboth; il ne faut pas oublier que ces kystes glandulaires des œufs de Naboth peuvent masquer un cancer. Il sera utile pour préciser la différence, de gratter légèrement la saillie pour voir apparaître un suintement de sang qui constitue déjà un sérieux élément de diagnostic.

Presque toujours le contact de l'instrument, même quand on l'introduit avec précaution, donne lieu à un suintement de sang. Après avoir essuyé doucement le col on remarque l'aspect bosselé de la muqueuse qu'avait déjà perçu le doigt, et on peut distinguer, au niveau de cette saillie, une coloration rouge vif, qui tranche sur le reste du col. Très fréquemment l'examen permet de constater que ce suintement ne provient pas de l'intérieur de l'utérus, mais prend son origine au niveau d'une ulcération siégeant sur le segment inférieur du col.

Cette ulcération est de teinte rouge foncé, qui diffère de la coloration rosée du reste du col et qui est le fait que cette ulcération saigne au moindre traumatisme. Ce dernier symptôme nous semble peut-être plus que les autres particulièrement important : ulcération indurée au toucher et qu'un léger traumatisme fait saigner. On doit se méfier à tout âge des femmes qui saignent en dehors de leurs règles et au moindre traumatisme, même surtout quand on ne découvre pas immédiatement la cause des pertes de sang. Les hémorragies irrégulières, capricieuses, inexplicables sont très inquiétantes. Plus tard le sang qui était rouge devient pâle et se mélange à des sécrétions qui donnent à l'écoulement une couleur pâle, alors il ne s'agit plus d'une hémorragie vérifiable, mais d'un écoulement sanieux, séreux, séro-purulent ou de liquide légèrement teinté de sang. Les malades perdent des eaux rouges, sans grande odeur au début, mais qui bientôt, à mesure que les lésions ulcéreuses

s'infectent et se développent, deviennent d'une extrême fétidité. Les femmes s'émeuvent beaucoup de ces pertes malodorantes, mais elles sont d'une indifférence stupéfiante à l'égard des écoulements de sang de faible abondance qu'elles ont eus et qui ne leur causaient aucune douleur.

Si l'on est en présence d'un cancer glandulaire du col, les pertes de sang ont été souvent précédées et elles sont toujours accompagnées et suivies de pertes blanches abondantes, mucosités claires ou légèrement teintées de sang, parfois même de petites crises hydropériques alternant avec du sang pur. L'abondance de ces sécrétions peut diluer le sang, réduire l'écoulement à un liquide rosé ou rouillé, d'aspect indifférent, mais il se produit l'afflux subit d'un jet de sang à la moindre pression du col; l'hémorragie traumatique est donc en général avec les écoulements séro-purulents qui la remplacent, à une époque avancée, le plus important de tous les symptômes. Elle est une indication qui réclame un examen approfondi. Le spéculum ne révèle aucune lésion au niveau du museau de tanche, mais si l'on écarte doucement les lèvres du col au moyen d'une pince, on distingue les saillies d'un rouge vif que forme à l'entrée de la cavité cervicale la muqueuse hypertrophiée. Souvent même, à une époque peu éloignée du début, on constate déjà de petites masses végétantes dures, friables et saignantes. Ces indurations tranchent assez nettement sur la consistance normale du col et presque toujours, en appuyant le doigt, on provoque l'apparition

rition du sang. En présence de ces symptômes, il faut penser qu'il y a quelque part, au niveau des voies génitales, col, canal cervical, une lésion ulcérée ou bourgeonnante qui saigne au moindre attouchement; le devoir professionnel doit astreindre le médecin à faire sans plus tarder cet examen gynécologique attentif pour déceler cette lésion qui est vraisemblablement un cancer au début.

Lorsque l'épithélioma est localisé à la portion vaginale du col, la lésion est facilement accessible à la vue et au toucher. Le diagnostic est facile, et, en cas de doute, une biopsie est faite aisément.

Lorsque le cancer se développe dans le canal cervical, et est inaccessible à la vue et au toucher pendant une longue période de son évolution, il devient très difficile de faire dans ce cas un diagnostic précoce. Cette distinction entre le cancer de la portion vaginale du col et le cancer endo-cervical est très importante à faire au point de vue pratique. Il ne faut pas croire que ce cancer endo-cervical soit une rareté, il est très fréquent (35 à 40 %) d'après les recherches du Dr E. Douay, mais il passe inaperçu pendant longtemps, puis il finit par envahir la portion vaginale du col, à ce moment il devient apparent sous forme d'un bourgeon ou d'une ulcération du museau de tanche. On croit être en face d'un début de cancer de la portion vaginale du col; erreur complète, toute l'épaisseur de col jusqu'à l'isthme est envahie. Et pour faire le diagnostic précoce du cancer endo-cervical après avoir vu le saignement

traumatique, il faut pousser plus loin l'exploration. On constate alors au toucher avec deux doigts (mettre un doigt dans chaque cul-de-sac latéral). Entre les deux doigts, on perçoit un élargissement considérable, souvent de 4 à 5 centimètres, qui remonte jusqu'à l'isthme. Le corps reste normal et paraît beaucoup plus petit que le col. Cette déformation de l'utérus en brioche avec le col renflé de consistance dure, est caractéristique du cancer endo-cervical. Au spéculum le col paraît normal, mais l'orifice est béant et rigide, l'extrémité de la pince à pansement, introduite dans cet orifice, en constate l'induration des bords; elle pénètre ensuite dans une sorte de cavité saignante. Les renseignements donnés par cette exploration varient suivant la variété anatomique du cancer endo-cervical. On distingue quatre variétés : 1° Forme végétante; 2° Forme ulcéreuse; 3° Forme massive; 4° Forme térébrante.

En résumé, dans le cancer endo-cervical, la difficulté de diagnostic est considérable. Pendant des mois le cancer se développe parfaitement abrité dans la cavité cervicale, laissant le col absolument intact. Plus tard, quand l'extension des lésions a gagné la partie vaginale du col, soit en l'ulcérant dans la forme creusante, soit en produisant des végétations dans la forme bourgeonnante, alors seulement le cancer est devenu visible au fond du vagin. Cet envahissement rend la guérison bien problématique. Il faut retenir la latence du début et l'évolution sournoise de ce cancer.

Peut-on faire le diagnostic précoce ?

Un signe doit retenir toute l'attention, c'est la petite hémorragie traumatique après coït, injection vaginale, etc., ou survenant régulièrement entre les règles. Elle indique une ulcération saignante; si l'examen ne montre pas cette ulcération dans la vagin, c'est qu'elle est placée plus haut dans la cavité cervico-utérine.

La béance et la rigidité de l'orifice cervical et la petite hémorragie traumatique doivent faire supposer la présence d'un cancer endo-cervical.

Zweifel admet que le prurit vulvaire qui ne s'accompagne même pas d'un écoulement sanguin, mais qui est accompagné d'un écoulement séreux ou séro-purulent qui date depuis longtemps doit être considéré comme symptôme précoce du cancer du col de l'utérus.

Nous n'avons jamais observé ce signe pour le considérer comme symptôme précoce.

Observation I

Hémorragie traumatique depuis six mois.

Epithélioma intracervical opérable.

Mme Cl. 31 ans. Deux enfants, réglée à 12 ans et demi. Règles régulières durant trois jours. Depuis six mois les injections vaginales provoquent chez elle de petites hémorragies.

Depuis deux mois les règles sont plus abondantes et apparaissent 4 jours avant l'époque.

Au toucher : Utérus mobile; le col est élargi dans sa por-

tion sus-vaginale, il est renflé et dur, du sang apparaît à son orifice.

Dignostic : Néo du col intracervical.

Une biopsie faite avec la curette de Douay dans l'intérieur du col montre un épithélioma cylindrique.

Observation II

Hémorragies traumatiques depuis un an.

Epithélioma tubulé bourgeonnant opérable.

Mme Pe..., 33 ans, ayant un enfant de 13 ans, est envoyée à l'hôpital Broca par son médecin pour un néo du col; ayant débuté il y a un an par de petites hémorragies après les rapports.

Au toucher : il s'agit d'une forme bourgeonnante, mobile.

Biopsie : Epithélioma pavimenteux tubulé.

Entrée le 15 juillet 1926, elle est opérée le 17 (Wertheim, drainage Mikulicz) par M. Faure.

Suites excellentes.

Observation III.

Hémorragie traumatique depuis 4 mois.

Epithélioma tubulé intracervical opérable.

Mme Au..., 37 ans, trois enfants, vient consulter pour les hémorragies qu'elle présente après les rapports depuis quatre mois. Elle a quelques pertes blanches sans odeur; réglée normalement. Son état général est bon. L'examen montre un néoplasme intracervical, l'utérus est mobile, culs-de-sac non infiltrés. La biopsie révèle un épithélioma pavimenteux tubulé.

Elle entre à l'hôpital le 29 octobre 1926.

Opération le 2 décembre 1926.

Suites excellentes.

Observation IV

Hémorragies traumatiques depuis 5 mois

Epithélioma lobulé opérable.

Mme Gou..., 39 ans, pas d'enfant, une fausse couche. Entre à l'hôpital le 28 mars 1927, après être venue consulter pour les pertes de sang qui se produisent après chaque rapport depuis cinq mois. Aucune perte de sang en dehors des règles.

Règles normales. Pertes jaunes depuis quelque temps.

Examen : Néoplasme au début de forme bourgeonnante développé sur la lèvre antérieure du col, saignant à l'examen. Pas d'infiltration, utérus mobile.

Biopsie : épithélioma pavimenteux lobulé.

Opération le 2 avril 1927.

Revue le 26 octobre 1927 en très bon état.

Observation V

Hémorragies traumatiques depuis 6 mois.

Epithélioma tubulé bourgeonnant opérable.

Mme Fa..., 43 ans, deux fausses-couches, pas d'enfants. Vient consulter le 7 avril 1927 parce qu'elle a des pertes de sang après les rapports. Ces pertes ont débuté il y a six mois et comme elles vont en augmentant, la malade s'en inquiète. Pas de pertes de sang en dehors des rapports; pertes blanches banales entre les règles. Règles régulières peu abondantes durant quatre jours.

Au toucher : épithélioma du col, dur, peu bourgeonnant, saignant légèrement à l'examen. Légère infiltration du paramètre droit.

Biopsie : épithélioma tubulé.

Opération. Suites excellentes.

Observation VI

*Hémorragies traumatiques depuis 3 à 4 mois sans autre signe.
Epithélioma tubulé bourgeonnant, opérable.*

Mme Bl..., 29 ans, deux enfants. Réglée à 13 ans. Règles régulières.

Elle vient consulter parce que, depuis quelques mois, elle a des hémorragies, principalement après les rapports.

A l'examen, on trouve un néoplasme du col, bourgeons exubérants très étendus, saignant au toucher, très durs.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé.

Elle entre à l'hôpital le 30 avril 1927, opération de Wertheim après curettage des bourgeons néoplasiques, drainage à la Mikulicz (par M. Faure).

Suites excellentes.

Observation VII

*Hémorragies traumatiques depuis 2 mois.
Epithélioma bourgeonnant au début.*

Mme Forg..., 43 ans. Règles régulières. Deux enfants, pas de fausses-couches. Elle entre à l'hôpital le 3 mai 1927 pour les hémorragies qu'elle a après les rapports depuis deux mois.

Au toucher : épithélioma dur, peu bourgeonnant, paraissant au début.

Biopsie positive.

Opération très facile le 7 mai 1927 (Wertheim) par M. Faure.

Pièce : petit néo au début.

Suites très bonnes.

Observation VIII

Hémorragies traumatiques depuis 8 mois.

Néo du col (forme bourg.), opérable.

Mme St..., 37 ans. Un enfant. Règles régulières, réglée à 14 ans.

Depuis 8 mois elle a des hémorragies après les rapports. Pas d'autres pertes entre les règles.

Elle entre à l'hôpital le 26 mai 1927.

Examen : Néo du col de forme bourgeonnante très étendue.

Utérus mobile.

Biopsie : Epithélioma lobulé.

Opération le 21 mai 1927 (Wertheim) par Faure.

Suites bonnes.

Observation IX

Hémorragies traumatiques depuis 2 mois.

Cancer du col (forme bourgeonnante), opérable.

Mme Mad. 36 ans. Vient à la consultation pour des hémorragies qui sont provoquées par les injections depuis deux mois. Elle fut réglée à 14 ans. Deux enfants, deux fausses couches.

Au toucher : un néo du col de forme bourgeonnante, l'utérus est mobile, infiltration légère du paramètre gauche. Elle n'a pas de douleurs.

Elle entre le 30 septembre 1927.

Opérée le 8 octobre (Wartheim).

Revue le 15 mars 1928 en très bon état.

Observation X

Hémorragies traumatiques depuis 4 mois.

Néo endocervical, opérable.

Mme Bet..., 34 ans. Réglée à 13 ans. Règles régulières. Un enfant, pas de fausses-couches. Elle vient consulter pour les hémorragies qu'elle a après les rapports depuis quatre mois.

Au toucher : utérus normal, col gros et dur.

Biopsie faite à la curette dans l'intérieur du col montre un adéno-carcinome.

Opération (Wertheim) le 24 décembre 1927.

Pièce : néo endocervical.

Sort le 5 février 1928.

Suites favorables.

Observation XI

Hémorragies traumatiques depuis 6 semaines.

Néo au début.

Mme Lau..., âgée de 30 ans. Règles régulières. Un enfant. Depuis six semaines elle a des hémorragies après le coït.

Au toucher : col avec ulcération dure et saignante; l'utérus est mobile.

Biopsie positive : épithélioma lobulé.

Entrée le 19 décembre 1927, opérée le 22 décembre.

Diagnostic : néo du col au début.

Suites favorables.

Observation XII

Hémorragies traumatiques depuis un an.

Epithélioma tubulé (forme bourgeonnante), opérable.

Mme Porch..., âgée de 28 ans.

Réglée régulièrement. Depuis un an elle a des hémorra-

gies après le coït, elle s'en inquiète. Elle entre à l'hôpital le 8 novembre 1927.

Au toucher : néo du col de forme bourgeonnante. Utérus mobile, culs-de-sac souples.

Biopsie positive.

Opérée le 12 novembre (Wertheim).

Suites bonnes.

Sort le 21 janvier 1928.

Observation XIII

Hémorragie traumatique depuis 6 semaines.

Epithélioma pavimenteux lobulé.

Mme M..., 51 ans vient consulter pour les hémorragie traumatiques qu'elle présente depuis un mois et demie. Elle a été opérée en 1904 pour salpyngite double.

Le diagnostic de néo du col au début avec utérus mobile est posé. On conseille à la malade d'entrer à l'hôpital pour une opération, mais elle refuse et n'a pas été revue depuis.

La biopsie qui avait été faite montrait qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Observation XIV

Hémorragies traumatiques depuis 5 mois.

Carcinome à forme creusante opérable.

Mme Du..., 31 ans, entre à l'hôpital le 8 janvier 1928. Un enfant, a été opérée pour ovarite droite. Elle a été soignée en outre il y a trois ans pour de la métrite. Depuis cinq mois elle a des hémorragies après le coït et depuis quelques jours des pertes rosées presque continues.

L'examen montre qu'il s'agit d'un néoplasme à forme creusante très dur avec utérus mobile.

Biopsie : Carcinome du Col.

Opération de Wertheim avec drainage à la Mikulicz.

Revue dans trois mois en excellent état.

Observation XV (Personnelle).

Hémorragies traumatiques depuis 1 mois.

Epithélioma lobulé au début.

Mme Kul..., âgée de 33 ans. Réglée à 15 ans. Règles régulières.

Deux enfants de quatre et six ans, une fausse-couche. Depuis un mois elle présente des hémorragies après les rapports. Elle consulte un gynécologue qui lui conseille d'entrer à la clinique pour être opérée.

Au toucher : Utérus mobile, col dur, un peu gros, avec ulcération dure et saignante.

Biopsie : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Opération : Wertheim.

Suites très favorables.

Observation XVI

Hémorragies traumatiques depuis quelques années.

Epithélioma lobulé; opérable.

Mme Rou... 29 ans, entre à l'hôpital le 9 février 1928 pour les hémorragies qu'elle a au moment des rapports depuis quelques années. Ce sont des pertes légèrement sangui-nolentes. Pas fétides. Elle n'a pas de douleurs.

Au toucher : Gros col avec végétations saignantes, l'utérus est mobile.

Biopsie : Epithélioma lobulé.

Opérée le 11 février 1928 (Wertheim).

Suites favorables.

Observation XVII

Hémorragies traumatiques depuis 15 jours.

Epithélioma pavimenteux lobulé. Opérable.

Mme Bour..., 28 ans. Réglée à 14 ans régulièrement. Durant cinq jours, céphalées avant et après les règles. Pas d'enfants, pas de fausses-couches. B. W. positif il y a quatre ans. Elle entre à l'hôpital le 11 février 1928 pour les hémorragies après les rapports et des pertes sanguinolentes, malodorantes entre les règles.

Toucher : utérus mobile, gros col avec végétations peu saignantes.

Biopsie : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Opération : Wertheim typique le 17 février 1928.

Sort le 3 avril 1928.

Observation XVIII

Hémorragies traumatiques depuis 18 mois.

Epithélioma tubulé. Opérable.

Mme Vez... 51 ans. Ménopause à 43 ans. Vient consulter pour les pertes roses qu'elle a depuis un an et demi, puis un peu de sang qui apparaît toujours après les injections. Elle entre à l'hôpital le 23 février 1928.

Examen : Néo du col, utérus mobile, col dur, irrégulier, saignant à l'examen.

Biopsie : épithélioma tubulé.

Opérée le 25 février 1928 (Wertheim).

Pièce : épithélioma du col, paramètres sains.

Observation XIX

Hémorragies traumatiques depuis 6 mois.

Epithélioma pavimenteux. Au début.

Pas d'autres symptômes.

Mme P..., 43 ans. réglée à l'âge de 11 ans. Règles régulières durent cinq jours. Un enfant, deux fausses-couches.

Depuis six mois elle a des pertes de sang après les rapports. Elle entre à l'hôpital le 17 mars 1928.

Au toucher : on sent de petites végétations très dures. Utérus mobile.

Diagnostic : Néo du col au début.

Observation XX

Hémorragies traumatiques depuis 4 mois.

Epithélioma pavimenteux tubulé.

Mme Cl. Agée de 32 ans. Réglée à 12 ans et demi, vient consulter pour les hémorragies qui sont survenues chez elle après un voyage en avion. Pas d'autres symptômes.

Au toucher : utérus mobile, col dur, végétant.

Biopsie : Epithélioma pavimenteux tubulé.

Opération (Wertheim).

Pièce : Néo du col au début.

Suites excellentes.

B) Cancer du corps de l'utérus

DONNÉES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Sans entrer dans les descriptions de détail anatomo-pathologiques qu'il est facile de trouver partout, qui ont été complètement et entièrement décrites, il est bon toutefois de rappeler les deux variétés principales que le cancer peut affecter dans sa localisation sur le corps utérin, à savoir : d'abord l'infiltration cancéreuse de formation endogène; ensuite la forme, moins fréquente peut-être, que l'on pourrait appeler exogène, par opposition avec la variété précédente et qui revêt le plus souvent un aspect pédiculé et généralement polypoïde. C'est la fragilité des bourgeons charnus ainsi observés qui explique les hémorragies si fréquentes et si abondantes de la période d'état.

Macroscopiquement on note deux formes :

1° Une forme circonscrite très saignante, siégeant généralement au fond même de l'utérus et prenant naissance aux dépens de l'épithélium des glandes.

2° Une forme diffuse beaucoup plus fréquente s'étendant plus en surface qu'en profondeur sur la plus grande partie de la muqueuse.

Dans la très grande majorité des cas, le cancer du corps est un épithélioma cylindrique qui a son siège dans les glandes de la muqueuse, dont la prolifération épithé-

liale exagère l'activité. Aussi d'emblée ces sécrétions se mêlent au sang qui provient des végétations polypeuses très friables, développées à la surface de la muqueuse.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Ce sont encore ici les pertes de sang qui constituent le premier symptôme du cancer; elles revêtent des allures très différentes de celles qui viennent d'être décrites. Les traumatismes vaginaux n'ont pas ici, à ce point de vue, la même importance que dans le cancer du col.

Les écoulements de sang sont provoqués ici par des traumatismes généraux, par tout ce qui ébranle et secoue l'utérus : la marche, les efforts violents, et surtout les secousses produites par des courses en automobile. Ce n'est pas le toucher vaginal qui fera saigner les malades, mais la pression de la main sur le corps utérin. Ces pertes sont généralement de courte durée et les malades, croyant à un retour de leurs règles, ne s'en effraient pas toujours suffisamment. Les femmes sont insouciantes pendant des mois, présentant des pertes suspectes sans y prendre garde, elles ne souffrent pas, comment une affection pourrait-elle être grave en l'absence de toute douleur. Elles accusent les

voyages qu'elles ont faits sur les autos ou chemin de fer qui ont déterminé ces hémorragies et elles ignorent tout à fait que ces écoulements sont le plus généralement liés à une évolution cancéreuse du corps de l'utérus. Le Docteur Weil de l'hôpital Tenon rapporte l'observation d'une femme X, âgée de 64 ans, atteinte d'aortite syphilitique, et qui avait fait de nombreuses fausses couches. La ménopause survient à 54 ans. Trois ans plus tard, une métrorragie grave se produit qui dure trois mois et pour laquelle on met en question la nécessité d'une intervention; elle cède cependant à un traitement médical. Après quatre ans de tranquillité, nouvelles métrorragies. Les pertes réapparaissent pendant quelques mois et cessent après un traitement bismuthique. La santé générale est assez bonne pour permettre des voyages en auto. Jamais on n'a rien constaté d'anormal du côté de l'utérus. Après ces voyages les pertes sanglantes reprennent, peu importantes, mais durables et les divers traitements essayés n'en viennent pas à bout. Les examens locaux font constater un utérus normal. Elle va à la campagne en assez bon état tant au point de vue local qu'au point de vue général. Elle y reste quelques mois. Or, à sa rentrée l'état général était moins bon, amaigrissement, pâleur, les pertes s'accompagnaient de douleurs et avaient une odeur mauvaise. A l'examen l'utérus était augmenté de volume. On diagnostiquera un néoplasme du corps, dont une opération immédiate démontra l'existence. Cela nous montre que les métrorragies qui sont survenues

après la ménopause chez cette femme et qui mettaient en cause les voyages en auto ne sont pas dues à l'existence d'un état sanguin dyscrasique, il fallait se méfier et ne pas s'écarter de la règle classique et penser à la possibilité d'une évolution néoplasique débutante. Le diagnostic est très difficile et c'est pourquoi c'est un des problèmes les plus difficiles. Le cancer du corps utérin appartient surtout à la période de la ménopause et aux années qui la suivent. On l'a observé exceptionnellement entre trente et quarante ans. Mais c'est vers l'âge de cinquante ans et au-dessus qu'il est fréquent. Il est encore plus souvent méconnu que les néo du col, parce que son évolution est souvent latente et insidieuse. Toutefois, les lésions évoluent beaucoup plus lentement que celles de l'épithélioma pavimenteux du col utérin, les accidents persistent durant plusieurs mois et même des années, sans que les organes se soient modifiés de façon concluante.

Ici, ce sont encore comme signe précoce les hémorragies qui dominent et qui passent inaperçues. C'est plutôt un suintement de sang qu'un traumatisme général le provoque. Ces métrorragies débutent rarement par de véritables hémorragies, cependant le fait se produit quelquefois, lorsque l'utérus est fortement fléchi en avant et surtout en arrière, le sang et les sécrétions, au lieu de s'écouler au dehors, s'accumulent dans les cavité de l'utérus, qu'elles distendent et celui-ci renversant de plus en plus, les pertes cessent jusqu'au moment où le distension excessive de l'organe est quasi-

complète et un léger traumatisme, comme des secousses, provoque des contractions qui expulsent le liquide. Il en résulte des accalmies de 8, 10 jours et même davantage, qui contribuent à égarer le diagnostic. En présence de ces écoulements intermittents, au rythme presque régulier, qui s'accompagnent d'un accroissement de volume de l'utérus, on songe à des fibromes, et l'âge des malades semblant devoir faciliter la guérison spontanée, on se contente d'un traitement symptomatique.

On voit les femmes ayant cessé d'être réglées depuis plusieurs années et qui sont prises tout à coup d'une perte de sang abondante à l'occasion d'une chute, d'une marche prolongée ou d'une longue course en voiture. L'hémorragie s'arrête au bout de quelques heures, d'une ou deux journées au plus, elle se reproduit après un temps plus ou moins long, quelquefois avec une périodicité régulière. Le volume de l'utérus reste normal. Cependant les lésions s'étendent, l'utérus grossit; le suintement sanguin augmente peu à peu, les hémorragies sont plus fréquentes et plus abondantes.

Delarbre, dans sa thèse (Lyon 1923) rapporte une observation d'une femme X... âgée de 66 ans. Régliée à 12 ans. Règles régulières mais souvent très douloureuses. A eu une grossesse. Accouchement prématuré à 6 mois : enfant bien constitué qui est mort. Ménopause à 55 ans. Pendant 4 ans plus aucune perte.

A cinquante-neuf ans, la malade commence à perdre peu à la fois, assez souvent; puis les hémorragies se rapprochent, deviennent de plus en plus abondantes sans

aucune régularité sous l'influence d'un effort. Les injections vaginales les provoquent. Mais la malade ne s'inquiète pas de ces écoulements.

Six ans plus tard les douleurs apparaissent intenses. Alors la malade entre à l'hôpital. Son état général paraît assez bon, le teint est coloré : les pertes sont très abondantes, nauséabondes.

Au toucher : col augmenté de volume très dur. Utérus, gros, peu mobile.

Diagnostic clinique : néoplasme du corps utérin.

Malgré l'âge 66 ans, on pratique une hystérectomie abdominale totale.

Examen macroscopique : cancer du corps de l'utérus.

Examen histologique : il s'agit d'un épithélioma cylindrique typique. Il n'est pas sans intérêt de noter que la maladie évoluant depuis longtemps déjà, la malade vint se soumettre à un examen gynécologique. Dès maintenant nous pouvons confirmer que la maladie a une évolution de longue durée; en tenant compte de la date d'apparition du premier accident qui était une hémorragie provoquée par l'effort survenant après la ménopause. Cette observation nous prouve que les femmes ne se décident à consulter que très tard, 2, 3, 4, 5, et même 6 ans après la première manifestation, comme c'est le cas ici; ces hémorragies qui survenaient sous l'influence d'un effort en sont l'incontestable manifestation caractéristique. Pendant six ans ces écoulements furent le seul symptôme. Toute hémorragie survenant chez une femme ayant passé la cinquantaine

doit être considérée comme signe précoce du cancer. Hofmeier l'assure que c'est un symptôme de premier ordre du cancer du corps qui est propre aux femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause.

La femme chez laquelle le flux menstruel a cessé, depuis parfois plusieurs années, a tendance, au début, à peu s'en inquiéter, surtout si les pertes de sang ne sont pas abondantes. Bien mieux, lorsque l'époque à laquelle se sont arrêtées les règles, n'est pas très lointaine, la malade croit y voir un réveil de l'activité génitale. Elle a des écoulements sanguins séparés par des intervalles plus ou moins réguliers, plus ou moins éloignés.

Cette hémorragie est la preuve évidente qu'il existe quelque part dans le corps de l'utérus une petite lésion saignante. Il faut reconnaître que la métrorragie après la ménopause signifie de façon à peu près absolue cancer au début, qu'aucun autre signe ne trahit au dehors, car il a son développement dans la cavité intra-utérine. Le cancer à développement intra-utérin reste donc la seule explication plausible de ces pertes de sang qui apparaissent après la ménopause, provoquées par un traumatisme général, alors qu'il n'y a pas de cause générale d'hémophilie.

La métrorragie après la ménopause est un signe de certitude à peu près absolue du cancer à l'intérieur de l'utérus. Ces hémorragies ouvrent la scène et marquent le début de l'affection, surtout après la ménopause, âge habituel d'apparition du cancer utérin.

En raison de la régression ménopausique l'utérus est

petit, le col atrophié, lisse, régulier, d'aspect normal, les culs-de-sac libres et souples, et la mobilité parfaite.

On ne constate, en somme, aucune lésion, et cette situation a le grave inconvénient de tromper les malades et même les médecins, trop enclins à chercher dans les conceptions diathésiques, l'explication de ces hémorragies de la ménopause.

En présence de ces manifestations peu graves, ne s'accompagnant d'aucune altération évidente des organes, il est difficile d'imposer une intervention sérieuse que rien ne semble exiger. Les malades s'accoutument à ces pertes, et si elles ne sont pas surveillées, elles laissent froidement les choses s'aggraver, et elles ne s'aperçoivent du danger que lorsqu'il est trop tard pour le conjurer.

Mais, le plus souvent les pertes augmentent; de temps à autres, elles prennent franchement le caractère hémorragique, qui constitue dans l'espèce un avertissement salutaire, et sont provoquées par tout ce qui ébranle et secoue l'utérus.

En somme, toutes les femmes qui après la cessation des règles présentent des écoulements sanguinolents ou franchement sanguins, doivent être surveillées attentivement et même si les accidents ne paraissent pas s'accentuer, il faut de temps à autre, à quelques semaines d'intervalle, procéder à une minutieuse exploration locale.

Elle permettra parfois de percevoir le second symptôme à l'épithélioma utérin décisif, celui-là, et qui doit

conduire à une prompte intervention, c'est l'augmentation du volume de l'utérus.

Nous avons fait une étude clinique d'ensemble du cancer du corps de l'utérus et elle nous démontre qu'au début de l'affection la métrorragie est la seule manifestation. Celle-ci ne trouble pas l'état général et ne se révèle à aucun des moyens simples d'exploration utérine.

Observation I

Métrorragie causée par des secousses.

Début : 9 mois. Néo du corps.

Mme Fil... 55 ans. Régée à 12 ans, ménopause à 45 ans.

Depuis janvier 1926 les secousses d'autobus provoquent chez elle des métrorragies. Pas d'autre signes physiques.

Au toucher : l'utérus est gros, bosselé ou développé en arrière, le col est petit, orifice nullipare.

Diagnostic : Néo du corps probable.

Hystérectomie le 7 décembre 1926.

La pièce a montré un néo du corps.

Suites : décédée le 13 décembre 1926.

Observation II

Métrorragies. Pertes rosées depuis deux ans.

Néo du corps.

Mme Del..., 55 ans. Régée à 12 ans et demi. Ménopause à 49 ans. Depuis deux ans elle présente des hémorragies après des longues marches.

Elle entre à l'hôpital le 8 février 1928.

Examen : Utérus mobile, un peu augmenté de volume.

Pas d'autres symptômes.

Opération : Hystérectomie vaginale.

Pièce : Néo du massif du corps.

Observation III

Métrorragies après voyages. Début cinq mois.

Epithélioma cylindrique.

Mme Bon..., 55 ans. Ménopause à 50 ans. Réglée à 13 ans. Règles régulières. 2 enfants, une fausse-couche.

Depuis cinq mois qu'elle a des pertes sanguines après les voyages elle entre à l'hôpital le 17 octobre 1927. (Les pertes sont un peu fétides.)

Au toucher : Gros utérus, col formé, curettage, biopsie : épithélioma cylindrique.

Opération le 19 octobre 1927. Hystérectomie abdominale totale.

Pièce : Néo du fond de l'utérus à forme végétante.

Observation IV

Métrorragies produites par des secousses. Début : un an.

Epithélioma cylindrique

Mme Moen..., 46 ans. Pas d'enfant. Elle est réglée à l'âge de 12 ans et demi. Depuis un an elle a des hémorragies avec caillots qui surviennent après les courses en automobile. Les pertes ne sont pas fétides.

Au toucher : corps normal mobile, dur col fermé mais mou.

D : Néo du corps (?)

Opérée le 6 décembre 1927 : Hystérectomie totale.

Pièce : Néo du corps.

Epithélioma cylindrique.

Revue le 26 avril 1928.

Observation V (publiée).

Métrorragies après voyages en voiture.

Début trois mois. Epithélioma du corps.

Mme Nar..., 53 ans. Ménopause à 50 ans, entre à l'hôpital pour les métrorragies qu'elle présente toujours après les voyages en voiture.

A l'examen : aucun signe objectif et subjectif du cancer utérin.

Opération : Hystérectomie abdominale totale.

Pièce : épithélioma du corps confirmé par l'examen histologique.

Guérison opératoire.

Revue dans trois ans la malade ne présentait pas de récurrence.

Observation VI

Métrorragies après voyages.

Début six mois. Epithélioma du corps.

Mme Fal..., 42 ans. Une grossesse au huitième mois. Menstruation fut régulière sans douleurs.

En juillet 1925 elle a fait une métrorragie après un voyage sur les chemins de fer. Puis elle se reproduisait à bref intervalle au moindre effort.

A aucun moment elle n'a éprouvé de douleurs.

Examen : Col sain, rien aux annexes, utérus un peu augmenté de volume.

Diagnostic probable : Cancer du corps.

Hystérectomie totale.

Pièce : Cancer du corps, l'examen histologique a montré un épithélioma cylindrique.

Observation VII (*publiée par Schweitzer*).

Métrorragies après les efforts.

Début : 5 ans. Epithélioma du corps.

Mme Ro..., blanchisseuse, 60 ans.

Réglée à 11 ans et demi, mariée à 19 ans, elle a eu deux grossesses normales à 20 et 24 ans.

Jusqu'à 52 ans ses règles furent régulières, plutôt abondantes et un peu prolongées, non douloureuses.

Ménopause à 54 ans.

A 55 ans la malade remarque que les métrorragies apparaissent après avoir poussé une brouette et se reproduisent toutes les fois qu'elle se penche sur son ouvrage.

Aucun phénomène douloureux.

A l'examen l'utérus paraît un peu augmenté de volume, parfaitement mobile, non douloureux, le col est sain, très bon état général.

On pratique un curettage explorateur.

L'examen histologique démontre l'existence d'un épithélioma cylindrique non douteux.

Observation VIII

Métrorragies après voyages.

Début : deux mois. Néo du corps.

Mme Lap..., 64 ans. Ménopause à l'âge de 52 ans.

Apparition des métrorragies après des voyages il y a deux mois. C'est un écoulement peu abondant.

A l'examen: pas de signes spéciaux, malgré cela on intervient.

Opération : Hystérectomie totale et ablation des annexes.

Pièce : à l'ouverture du corps utérin on trouve une tumeur dont l'examen microscopique montre un épithélioma cylindrique.

Suites: La malade meurt trois ans après d'une pneumonie.

Observations IX

Métrorragies au moment de la défécation.

Début : 2 mois et demi. Néoplasme cylindrique.

Mme Rou..., 58 ans. Régée à 14 ans. Pas d'enfant, pas de fausses-couches.

Ménopause à 48 ans

Au mois de janvier 1928, une métrorragie se produisait au moment d'aller à la selle, et se reproduisait très souvent. La malade croyait à un retour de règles. Puis les pertes revenaient tous les huit jours. La malade s'en inquiète, elle entre à l'hôpital le 22 mars 1928.

A l'examen : utérus de moyen volume. Col fermé.

Curettage explorateur; l'examen histologique montre un néo cylindrique.

Opération le 27 mars 1928.

L'IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DE L'UTERUS POUR LE TRAITEMENT

Depuis que le traitement du cancer a fait de grands progrès, la responsabilité du clinicien n'est pas la même qu'auparavant. Aujourd'hui, la possibilité de la guérison durable du cancer est devenue une chose réalisable, si l'opération ou les radiations sont faites de bonne heure. Mais les médecins attendent avec sérénité les douleurs et les écoulements fétides pour avertir les femmes qu'il est temps de se soigner. Ils attendent la triade symptomatique; on ne saurait se lasser de répéter que cette conception dangereuse est encore fréquemment l'un des plus grands obstacles au traitement du cancer dont les résultats seront d'autant plus satisfaisants qu'il sera institué de façon précoce. C'est une vérité qui s'applique à toutes les maladies que le succès de guérison dépend d'un diagnostic précoce. Il nous semble inutile d'apporter ici d'autres exemples. Nos observations démontrent très clairement le degré de réussite du traitement si le diagnostic précoce est posé.

Le traumatisme, agissant comme révélateur du cancer, en déclanchant l'hémorragie, crée un signe d'alarme de premier ordre, précurseur de la triade symptomatique. C'est pourquoi nous devons, en terminant, insister sur l'importance de l'hémorragie traumatique que révèle l'examen médical approfondi du médecin. Il explique alors à la malade quelles mesures elle doit prendre et doit lui laisser soupçonner le risque qu'elle court.

La question du cancer n'a certes pas l'attrait de la nouveauté, mais les progrès réalisés au cours de ces dernières années dans la thérapeutique de cette affection jusqu'ici incurable lui donnent aujourd'hui un certain intérêt d'actualité.

Si l'accord est loin d'être fait sur la part exacte qui doit revenir à la chirurgie ou au radium, dans son traitement, tous les gynécologues, chirurgiens et radiumthérapeutes sont unanimes sur ce point que la condition essentielle du succès réside dans la précocité *de l'intervention*. Or, celle-ci est liée à la *précocité du diagnostic*; il est donc indispensable que tous les médecins sachent le reconnaître dès ses premières manifestations.

Il n'y a pas ici d'hésitations sur le choix du traitement. En présence d'un épithélioma du col, on peut choisir entre une application de radium et l'hystérectomie élargie de Wertheim que préconise S. L. Faure, avec une ardeur d'apôtre.

Pour l'épithélioma cylindrique du corps utérin, tous sont à la fois d'accord sur sa résistance au radium

et, au contraire, sur les excellents résultats de l'hystérectomie.

On ne saurait trop répéter que la lutte contre le cancer repose avant tout sur le diagnostic précoce de l'affection.

CONCLUSIONS

I. L'hémorragie traumatique est le *signe d'alarme* du cancer de l'utérus qui peut permettre d'en faire le diagnostic précoce et d'obtenir ainsi des guérisons définitives.

II. Si on recherche ce symptôme dans les antécédents des cas de cancers du col en évolution, on le trouve dans une proportion de 60 % et parfois 8 à 10 mois avant le moment où la malade est venue prendre avis du médecin.

Il y a lieu d'attirer l'attention du public sur l'importance de ce symptôme. Toute perte de sang après rapports sexuels doit être considérée comme suspecte et engager la femme à se faire examiner par un médecin attentif et averti.

III. Si l'examen gynécologique ne révèle aucune lésion néoplasique du vagin ou du col accessible à la vue, il y a lieu de penser que la lésion est placée plus haut

dans le canal cervical (cancer endocervical) ou dans la cavité du corps utérin (cancer cylindrique du corps).

Des recherches doivent être faites sans tarder pour éclairer le diagnostic (biopsie endo-utérine, examen au lipiodol et surtout curettage explorateur).

Vu, le Doyen, *Vu, le Président de la Thèse,*
H. ROGER. J. L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Faure (J. L.). — Cancer de l'utérus, 1925.
- Douay. — Gynécologie. (Doin, 1928).
- Cancer de l'utérus et biopsie. (*Médecine*, Paris, 1924-1925).
- Zweifel. — Ueber die Bedeutung des Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses. (*Münch. mediz. Wochenschrif*, 1921).
- Weil. — Les hémorragies utérines post-ménopausiques. (*J. méd. français*, 1925).
- Zimmern. — Hémorragies utérines. (*Thèse de Paris*, 1901).
- Zweifel. — Frühsymptome für die Behandlung des uterus karzinome. (*Zentralbl. für Gynék.*, Leipzig, 1921).
- Siredey. — Diagnostic précoce du cancer utérin. (*Bulletin médical*, 1911).
- Delarbre. — Cancer total de la muqueuse utérine. (*Thèse de Lyon*, 1922-1923).
- Gerich. — Zur Frühdiagnose des uterus Karzinom. (*Med. klinik*. Berlin, 1923).
- Siredey. — Le diagnostic précoce du cancer utérin. (*Médecine*, Paris, 1924-1925).
- Delattre. — Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. (*Thèse*, 1922).

Prochownik. — Démonstration zur Frühdiagnose des utérus Krebsus. (*Münch Mediz. Wochenschrift*, 1906).

Cocheret. — Valeur des métrorragies après la ménopause. (*Thèse de Paris*, 1909-1910).

Schweitzer. — Krankengeschichten, 1910-1915.

Davis. — *Annales of Surgery*. (Philadelphie, 1925).

Rey. — Thèse de Paris, 1926-1927. Sur un signe précoce du cancer de l'utérus.

Young et Williams. — *Boston Medical Journal*, 1909.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Fréquence du cancer de l'utérus	14
Fréquence de l'hémorragie traumatique dans le cancer de l'utérus	17
Définition et diagnostic différentiel	21
Diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus	24
A) Cancer du col	24
B) Cancer du corps de l'utérus	41
Données anatomo-pathologiques	41
Diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus	42
Importance du diagnostic précoce du cancer de l'utérus pour le traitement	55
Conclusions	59
Bibliographie	61
